

PREDISPOSIÇÃO PSICOLÓGICA DE ADAPTAÇÃO COMPORTAMENTAL À PATOLOGIA ONCOLÓGICA

Fernando Oliveira Pereira *

*Licenciado, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica; Centro Hospitalar do Médio Tejo e Escola Superior de Educação Almeida Garrett em Lisboa

Resumo

A patologia oncológica é considerada uma doença grave, que acarreta elevados riscos para a saúde e para a própria vida daqueles que dela padecem, produz graus de incerteza na mente dos pacientes, quanto à recuperação da saúde normal e reabilitação funcional destes. Factores que se repercutem nas condições de funcionamento mental dos pacientes, alterando-o conforme a ação neles exercida, quer pela percepção da patologia, quer pela estrutura da personalidade/individualidade; conduzindo à construção de predisposições psicológicas específicas que, por seu turno, dirigem o comportamento de adaptação do paciente à doença. Nesta investigação foi aplicada uma variante do instrumento “Mental Adjustment to Câncer Scale”, por nós estruturada, semanticamente, com o objectivo de detectar as predisposições psicológicas predominantes no comportamento, ou atividade, de adaptação à doença, em geral, e, neste caso, em particular, à oncológica. Sendo esta adaptação comportamental, habitualmente, designada de coping, ou seja, de reações ou estratégias de coping.

A metodologia consistiu na comparação das predisposições psicológicas de adaptação comportamental ao cancro pelos doentes oncológicos nas condições: real em que se percebem como doentes e imaginária em que se percebem como se não padecessem da patologia, e, também, no grupo de controlo, constituído por pessoas que não padecem de doença oncológica.

Na variante em que o doente oncológico se percebeu, a si próprio, nas duas condições: a de doente e a de ausência de doença; foi revelada expressividade mais significativa das predisposições psicológicas do doente oncológico para o desânimo/desespero, para a preocupação ansiosa e para a percepção fatalista.

Na estrutura funcional das predisposições psicológicas do doente oncológico à medida que apresenta índices, mais elevados, de desânimo, desespero, preocupação ansiosa, percepção fatalista da vida diminui a sua predisposição psicológica ativo-combativa, tornando-se passivo no seu comportamento de adaptação à doença. Ao contrário, nas pessoas que não padecem de cancro à medida que sobem os índices dos fenómenos psicológicos acima referidos, quanto à percepção da doença, a predisposição ativo-combativa também aumenta. Isto demonstra a transformação, em si, dos fenómenos negativos de ansiedade, desânimo e desespero em estados psicológicos de predisposição ativo-combativa na luta contra a doença.

Daqui, emana a importância da atuação de carácter psicoterapêutico, ou de acompanhamento psicológico, dos doentes oncológicos, no sentido de conduzir à redução dos factores emocionais negativos e à progressão da estimulação de atitudes ativas e combativas, na luta contra a doença.

Palavras-chave: Doença oncológica; Predisposições mentais; Comportamentos de adaptação.

Introdução

As necessidades de carácter social e científico de conhecimentos cada vez mais específicos, quer em extensão,

quer em profundidade, no âmbito da problemática oncológica contribuíram para a criação nas últimas décadas de uma área de interface entre a psicologia e a oncologia médica, a qual passou a ser designada de Psico-Oncologia. Conceito

proposto no início dos anos 90 do séc. XX por Jimmy Holland. O incremento das investigações levou a que uns autores considerassem esta nova área do conhecimento científico como uma subespecialidade da Oncologia¹, enquanto outros a viam como subárea da Psicologia da Saúde, em consequência da atuação profissional dos psicólogos^{2;3}.

Crê-se que estas especificações e especializações resultam de muitos factores; nomeadamente da doença oncológica ser uma patologia de extrema gravidade que se estrutura num terreno de características crónicas e mórbidas, provocando elevada taxa de mortalidade; ainda que, na atualidade, os progressos terapêuticos sejam significativos^{4;5;6}.

As incertezas, reinantes na mente dos pacientes, quanto à sua cura e recuperação, têm repercussões nos seus modos de viver e sentir. Sendo que cada pessoa, como personalidade, tem as suas formas específicas de reagir às adversidades.

Isto torna oportuno o estudo das predisposições e formas de adaptação aos problemas, nomeadamente os desencadeados pela doença.

Enquadramento teórico

O Ser humano organiza-se psicologicamente, construindo-se como personalidade/individualidade, ao longo do seu processo de desenvolvimento. Nele, estruturam-se formas típicas de reação às diversas situações com as quais se depara no decorrer da vida.

O doente oncológico é um Ser humano que se encontra numa situação específica de sofrimento, provocado por uma patologia de elevado grau de gravidade. Gravidade, que conduz o paciente a perceber-se como impotente e incapacitado para fazer frente aos problemas surgidos. Pelo menos, da forma mais adequada, ou otimizada.

É comum o entendimento da maior parte dos autores que a imagem e compreensão da patologia, em geral, e da oncológica, em particular, são influenciadas por diversos

aspectos: biológico, psicossocial, cognitivo, emocional etc.^{4;7;5}.

Consequentemente, em conformidade com o modo de organização, na mente do paciente, da doença e das suas características poderão ser observadas diversas formas de resposta; podendo começar apenas por manifestações de medo à patologia, chegando a adquirir características e sintomatologia mais próprias da fobia, como por exemplo a manifestação vegetativa da ansiedade, a respiração agitada, sensação de sufoco, palpitações, vertigens, tremores, sudorese, náuseas, dor precordial etc⁸.

Muitos estudos apontam a existência de informações, atitudes e crenças que reforçam, incrementando, a resposta negativa à doença; tanto que as atitudes e crenças erradas sobre o cancro não são determinadas pelo facto da doença poder provocar a morte, mas pelo conhecimento insuficiente que o paciente tem sobre a natureza da própria doença, os factores de risco e o prognóstico^{9;10;11;12;13}.

No entanto, a doença oncológica e seus efeitos psicossociais têm consequências psicológicas na vida do paciente, seja no plano da atividade social como a família, o trabalho, saúde e qualidade de vida; seja no plano psicológico e emocional: ansiedade, depressão, agressividade, alteração dos padrões de resposta cognitiva, podendo atenuar ou exacerbar as manifestações de carácter emocional, alterações no processo de valorização pessoal^{4;14;15;16;17;18;5;19;20;21;22;23}.

Os estudos sobre o stresse como síndrome de adaptação geral às condições stressantes têm demonstrado a existência de fenómenos de inter-influência, em que factores de ordem psicológica ou social provocam alterações de carácter biológico ou bioquímico^{24;25}. Fenómenos verificáveis, quando são detectadas repercussões psicossociais em pacientes submetidos a intervenção cirúrgica do cancro²⁶, quando há mudanças na qualidade de vida, nas formas de enfrentar o stresse e as emoções negativas, nos pacientes oncológicos que se encontram em tratamento quimioterápico²⁷, quando

existe influência do perfil sociodemográfico nas respostas emocionais do paciente à cirurgia do cancro²⁸. Demonstrações, também, evidentes nos processos de psicossomatização, onde os factores psicológicos geram sintomas de natureza somática^{29;30;31}.

Daqui, a pertinência de investigar a relação: “Funcionamento psicológico versus Doença oncológica”³².

É sabido, dos trabalhos de vários autores, que o cancro tem consequências psicológicas com repercussões na qualidade de vida do seu portador^{4;6}.

Estudos baseados nos modelos de relação entre factores psicossociais e a saúde física, como seja, a dos seropositivos, assentando na ideia que variáveis psicológicas – estilo de coping, stress e apoio social – influenciam o estado de saúde e a doença, através do sistema imunológico do paciente, conduziram à conclusão que o coping ativo estava relacionado com melhor funcionamento imunológico no plano da citotoxicidade das células natural killer em sujeitos do sexo masculino seropositivos^{33; 32; 4; 5}.

Portanto, vários autores fazem referência à ação dos aspectos psicológicos na doença oncológica: no plano das atitudes e crenças sobre o cancro, na predição de certos comportamentos que têm implicação no seu aparecimento, como sejam o fumar, a alimentação, o consumo de álcool etc. e, verificando, ainda, que o cancro tem consequências psicológicas com repercussões na sua qualidade de vida^{34;4; 35;6;36}.

E, também, o stress percebido como incontroável (Laudenslager et al., 1983); acontecimentos de vida que impliquem mudanças desfavoráveis; incapacidade para controlar os stressores e os factores ambientais; os estilos de coping, ou seja, os modos ou estratégias inadequadas para enfrentar as ações desagradáveis^{4;5;37}. Num estudo, extenso, sobre os factores psicológicos, apenas um se apresentou associado à incidência de cancro e aos índices de mortalidade pela mesma patologia. Este factor é a depressão psicológica³⁸.

No entanto, o estudo dos autores referidos constatou valor médio de 60,1 na escala D do MMPI, nos sujeitos com diagnóstico de cancro e média de 58,3 nos sujeitos em que não há diagnóstico de cancro. Sendo que nesta escala a depressão como estado patológico só é considerada a partir do valor 70. Assim, foi formulada a hipótese da “depressão imunológica”, gerada e estimulada pelo sistema nervoso, ser induzida pelo “funcionamento depressivo” da personalidade; apresentando assim valor predicativo no surgimento e desenvolvimento da doença oncológica³².

No que respeita à relação Personalidade – Cancro Hans Eysenck analisou as investigações de tipo prospectivo realizadas por Grossarth-Maticek, no decurso de 10 anos, visando encontrar possíveis factores causais de morte por patologias como cancro, cardiovasculares e outras. Faz-se referência a quatro tipos de personalidade, quanto à sua forma de estar e atuar:

1. Tipo de personalidade subestimada;
2. Tipo de personalidade sobre estimulada;
3. Tipo de personalidade ambivalente;
4. Tipo de personalidade autónoma.

Na opinião dos autores a personalidade subestimada é aquela que apresenta maior susceptibilidade à morte, por patologia oncológica, enquanto a personalidade sobre estimulada é mais susceptível à morte por patologia cardiovascular. A personalidade subestimada é, também, designada de personalidade do tipo C; caracterizada por ser passiva e apaziguadora na sua ação; tendência para experimentar sentimentos de incapacidade e de desespero, sendo emocionalmente pouco expressiva ou quase inexpressiva^{39;40;32;41}. Portanto, a personalidade com maior grau de vulnerabilidade à doença oncológica é aquela que tem tendência para reagir às situações stressantes com predominância emocional de sentimentos de desespero e de incapacidade e, também, com tendência para reprimir as

suas reações emocionais aos acontecimentos de vida^{42;43}.

Por outro lado, a própria patologia oncológica tem consequências psicológicas na vida dos pacientes, começando pelas respostas de carácter emocional como quadros depressivos com graus de gravidade, manifestações de ansiedade, fúria, revolta etc.^{4;5} e, passando por respostas de cariz cognitivo, verificando-se a existência de correlações negativas entre a forma de atuação como “espírito lutador” com os níveis de ansiedade e depressão; sendo que formas de elaboração cognitiva interior que dão primazia ao “fatalismo”, “desamparo” e “preocupação ansiosa” relacionam-se, positivamente, com estados de humor negativos.

João Justo, resumindo os resultados obtidos por outros autores, pela aplicação das escalas *Rationalization/Emocional Defensiveness; Anger Expression Inward e Need for Harmony*; referiu que nos doentes oncológicos há tendência para o recalçamento e a negação do impulso agressivo de forma excessiva e que o mesmo impulso agressivo não pode ser exteriorizado, mantendo-se no interior do sistema; portanto, nesta perspectiva os aspectos psicológicos que favorecem o desenvolvimento do cancro da mama, consiste na dificuldade dos sujeitos em lidar com o impulso agressivo, havendo impossibilidade de expressão sente necessidade de recalá-lo ou negá-lo. Na mesma sequência os valores elevados no sentido do auto-sacrifício podem explicar os estados depressivos, levando o sujeito a inverter o impulso agressivo, direcionando-o contra si próprio³².

Do exposto acima, conclui-se que nos pacientes com doença oncológica existem alterações no seu funcionamento psíquico. Daí que a intervenção psicoterapêutica coadjuvante das intervenções de carácter físico como sejam a quimioterapia, a cirurgia etc. possam minimizar ou reduzir as manifestações de sofrimento do paciente; assim como é oportuno a elaboração de formas de atuação dos profissionais de saúde e de todas as

pessoas envolvidas na prestação de cuidados ao doente oncológico com a finalidade de promover a qualidade de vida deste nas suas variantes física, psicológica, social, cultural, tendo em consideração o tipo de personalidade, as formas de processamento cognitivo e de reação emocional^{44; 45; 6}.

Daqui, emerge o objectivo de estudar as predisposições psicológicas de adaptação comportamental à patologia, no doente oncológico; com o objectivo de compreender o seu mundo interior e, consequentemente, elaborar formas de apoio psicológico e psicoterapêutico, mais adequadas; optimizando o sistema de relações com o paciente.

Métodos

O método consiste na realização de um estudo quase – experimental, porventura, talvez exploratório, o qual se baseia em dois modelos: um comparativo-diferencial e o outro correlacional. No modelo diferencial pretende-se estabelecer comparações entre três grupos: o grupo constituído por doentes oncológicos em processo de quimioterapia, o grupo dos mesmos doentes oncológicos, mas orientados mentalmente pela representação como se não padecessem de patologia oncológica e o grupo – norma de controlo, cujos elementos constituintes são pessoas saudáveis que não padecem, nem nunca padeceram, de doença oncológica. No modelo correlacional a pretensão reside na procura da configuração psico-funcional da adaptação comportamental dos pacientes oncológicos e também das pessoas que não padecem da doença, com base em intercorrelações entre predisposições psicológicas.

Amostra

A amostra submetida ao estudo foi constituída, no grupo quase – experimental, por 35 sujeitos, representantes de ambos os sexos, com diagnóstico de cancro, encontrando-se todos, sem exceção, submetidos a sessões

de quimioterapia; com idades entre os 37 e os 78 anos; média de idades 61,54 anos. O critério de constituição do grupo baseou-se em duas premissas: a primeira foi padecer, nesta fase, de patologia oncológica, a segunda consistiu em estarem os pacientes, na fase atual, submetidos a sessões de quimioterapia.

O grupo de controlo constituído por 35 pessoas, representantes de ambos os sexos, numa proporção idêntica à do grupo quase – experimental, com idades oscilando entre 23 e 86 anos; média de idades 52,17 anos. O critério de constituição deste grupo baseou-se na observação de algumas condições. Primeira – nunca ter padecido de doença oncológica; segunda – na fase atual do estudo serem saudáveis, não padecendo de qualquer que fosse a patologia; terceira – a maioria dos elementos terem idades não muito díspares das dos elementos do outro grupo. No entanto, devido à idade e ao desgaste natural do processo de envelhecimento, poderão estas pessoas apresentar algumas queixas por maleitas incomodativas, mas não padecer propriamente de doenças.

Questões metodológicas

1-Estudar, comparativamente ao grupo de controlo, as predisposições psicológicas dos doentes oncológicos na adaptação comportamental à patologia.

2-Investigar as diferenças existentes nas estruturas funcionais das predisposições de adaptação comportamental à doença, entre os pacientes oncológicos e o grupo – norma de controlo.

Instrumentos de recolha e análise de dados

Nesta investigação foi aplicado um questionário, construído com base na Escala de Adaptação Mental ao Cancro (MAC – *Mental Adjustment to Cancer Scale* ^{46;47}. *Measures In Health Psychology: a users's Portfolio – Coping*. NFER NELSON. Escala original, em inglês, constituída por 40 questões semanticamente organizadas

de forma a medir, segundo quatro alternativas de resposta, transformadas em escala numérica de 1 a 4 valores, os estilos de coping adoptados pelas pessoas com cancro. As sub-escalas, utilizadas pelos autores da metodologia, eram: 1. *fighting spirit*; 2. *helpless/hopless*; 3. *anxious preoccupation*; 4. *fatalistic*; 5. *Avoidance* ^{46; 48; 47}. *Measures In Health Psychology: a users's Portfolio – Coping*. NFER NELSON.

Outras escalas, baseadas nesta, “Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC – F)”, foram criadas com a finalidade de permitir uma aplicação mais alargada ³⁷. Sendo que os estudos metodológicos não abundam, mesmo assim, encontram-se alguns orientados para esta problemática, tais como: a elaboração de instrumento de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização e sobre validação factorial do inventário de Beck ^{49; 50}. Nesta nossa versão do questionário foram mantidas as mesmas 40 questões. Agora, após tradução e adaptação semântica, não são dirigidas diretamente ao cancro, mas à doença, em geral. Desta forma as respostas ao questionário permitirão, mantendo as mesmas escalas e questões, em cada escala do MAC, pela formulação psicosemântica das questões, designar factores psicológicos de adaptação comportamental à doença.

Portanto, neste estudo, designar-se-ão as escalas do seguinte modo:

1-Predisposição psicológica activo-combativa de adaptação comportamental à doença (*figthing spirit*);

2-Predisposição psicológica de desânimo/desespero de adaptação comportamental à doença (*helpless/hopeless*);

3-Predisposição psicológica de preocupação ansiosa de adaptação comportamental à doença (*anxious preoccupation*);

4-Predisposição psicológica fatalista de adaptação comportamental à doença (*fatalist*);

5-Predisposição psicológica de evitação/defensiva de adaptação comportamental à doença (*avoidance*).

Nas alternativas de resposta, procedeu-se a um reajustamento semântico, de forma a tornar os espaços semânticos, entre variantes de resposta, mais equitativos, aproximando as distâncias da escala numérica de unidade em unidade: 0 a 5. Assim, é nosso objectivo que o reflexo psico-semântico das questões, na consciência avaliativa do sujeito, conduza à atualização de predisposições psicológicas características da pessoa como personalidade/individualidade que, por seu turno, irão determinar formas específicas de adaptação (ajustamento) comportamental à doença, em geral; sendo que os doentes oncológicos dirigirão os seus atos psicológicos ao cancro, porque é a patologia, neles, presente; mas não

será, agora, induzido pelo conceito existente na própria questão.

Além deste instrumento metodológico, também, foram utilizados a entrevista clínica e a observação psicológica.

E, ainda, os instrumentos estatísticos: médias aritméticas, desvios padrão, t – critério de Student e o r – coeficiente de correlação de Pearson.

Exposição e discussão dos resultados

A exposição dos resultados no modelo comparativo-diferencial assenta no critério estatístico t – Student e no modelo correlacional fundamenta-se no coeficiente de correlação de Pearson.

Quadro 1-Comparabilidade das predisposições à adaptação comportamental na doença oncológica e no grupo

Grupos Predisposições	Grupo de doentes oncológicos		Grupo – norma de controlo		Diferença de médias	t - Student	Nível de significação p <
	M	DP	M	DP			
Ativo-combativa	48,86	10,84	51,54	9,94	- 2,69	- 1,15	0,258
Desânimo/desespero	5,06	4,37	7,49	6,48	- 2,43	- 1,82	0,077
Preocupação ansiosa	23,09	6,33	25,63	10,00	- 2,54	-1,46	0,154
Fatalista	18,77	6,08	18,34	7,04	0,43	0,30	0,762
Evitação	1,40	1,48	1,91	1,27	- 0,51	-1,40	0,168

No quadro 1 revela-se apenas uma tendência à diferenciação estatisticamente significativa entre o grupo de doentes oncológicos e o grupo – norma de controlo,

quanto à predisposição para o desânimo e o desespero; não havendo diferenças significativas nas restantes predisposições

Quadro 2-Comparabilidade das predisposições à adaptação comportamental na doença oncológica e na representação da ausência de patologia

Grupos Predisposições	Grupo de doentes oncológicos		Representação de ausência de patologia		Diferença de médias	t - Student	Nível de significação p <
	M	DP	M	DP			
Ativo-combativa	48,86	10,84	50,37	10,20	- 1,51	- 1,041	0,305
Desânimo/desespero	5,06	4,37	3,31	3,38	1,74	3,166	0,003
Preocupação ansiosa	23,09	6,33	17,97	6,47	5,11	3,901	0,000
Fatalista	18,77	6,08	14,71	5,64	4,06	5,298	0,000
Evitação	1,40	1,48	1,97	2,80	- 0,57	- 1,047	0,303

No quadro 2 registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os

pacientes com doença oncológica e os mesmos, baseando-se na representação

como seriam se a patologia estivesse ausente. As diferenças surgem numa tríade de predisposições: desânimo/desespero,

preocupação ansiosa e fatalista; denotando a sua essência, respeitante à reatividade emocional à patologia

Quadro 3-Comparabilidade das predisposições à adaptação comportamental na representação de ausência de doença oncológica e no grupo – norma de controlo

Grupos Predisposições	Representação de ausência de patologia		Grupo – norma de controlo		Diferença de médias	t - Student	Nível de significação p <
	M	DP	M	DP			
Ativo-combativa	50,37	10,20	51,54	9,94	- 1,17	- 0,536	0,596
Desânimo/desespero	3,31	3,38	7,49	6,48	- 4,17	- 3,276	0,002
Preocupação ansiosa	17,97	6,47	25,63	10,00	- 7,66	- 3,966	0,000
Fatalista	14,71	5,64	18,34	7,04	- 3,63	- 3,104	0,004
Evitação	1,97	2,80	1,91	1,27	0,06	0,133	0,895

No quadro 3, comparando os valores obtidos na avaliação baseada na representação onde a patologia oncológica está ausente e os valores obtidos pelo grupo – norma de controlo, as diferenças estatisticamente significativas continuam a ser nas mesmas escalas do quadro 2. Detém-se na tríade de predisposições:

desânimo/desespero, preocupação ansiosa e fatalista; ou seja as manifestações originárias do funcionamento afectivo-emocional e avaliativo da sua condição.

A análise do quadro 1, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, mostra que o grupo – norma de controlo apresenta valores mais elevados, comparados com os valores obtidos pelo grupo de doentes oncológicos, em quase todas as predisposições: ativo-combativa, desânimo/desespero, preocupação ansiosa, evitação e apenas inferior na fatalista.

Estes factos conduzem-nos à interpretação que a especificidade das condições de saúde e de vida, em geral, ligadas à idade e ao dispêndio de esforços físicos, exagerados e inadequados, ao longo do tempo, refletem-se agora em limitações das suas capacidades e mal-estar, como as dores articulares e outras alterações, mais ou menos redutoras da sua funcionalidade no Ser ativo.

Daí, a sua auto-percepção como pessoa, cujas potencialidades se vêem reduzidas e,

consequentemente, também, a sua qualidade de vida.

Então, as manifestações emocionais menos positivas com mais preocupações ansiosas e, por vezes, sentindo desânimo por não conseguir o que já foi possível.

Contudo, mantém a atitude de espírito de luta, significando que, na verdade, a vivência emocional não afecta a sua predisposição para atuar, caso seja necessário e possível. Também a predisposição de evitação demonstra o seu distanciamento emocional da doença oncológica.

A análise dos quadros 2 e 3 reforça a interpretação anterior, mostrando que o doente oncológico comparado com a representação como se a patologia estivesse ausente, apresenta valores mais elevados, onde as diferenças são estatisticamente significativas, nas predisposições ao desânimo e desespero, à preocupação ansiosa e à orientação fatalista. Forma de vivência interior do facto que interfere negativamente no espírito de luta, aprisionando a predisposição ativo-combativa. Tanto que a predisposição de evitação, menos expressiva, não permite ao paciente oncológico distanciar-se emocionalmente da patologia para ativar os seus recursos de combate.

Ao contrário, no quadro 3, apesar dos sujeitos do grupo de controlo, também, apresentarem níveis de desânimo, de preocupação ansiosa e de fatalismo, esta

forma de elaboração interior emocional dos factos não interfere em demasia na sua predisposição ao espírito de luta; tanto que a predisposição de evitação consegue não deixar afundar nas manifestações negativas produzidas pela doença; isto porque estes sujeitos embora experimentem mazelas limitadoras da sua qualidade de vida, eles não têm doença oncológica, a qual leva as pessoas portadoras a perceberem a sua vida no mar de incertezas e desesperanças futuras.

Exposição baseada no modelo correlacional

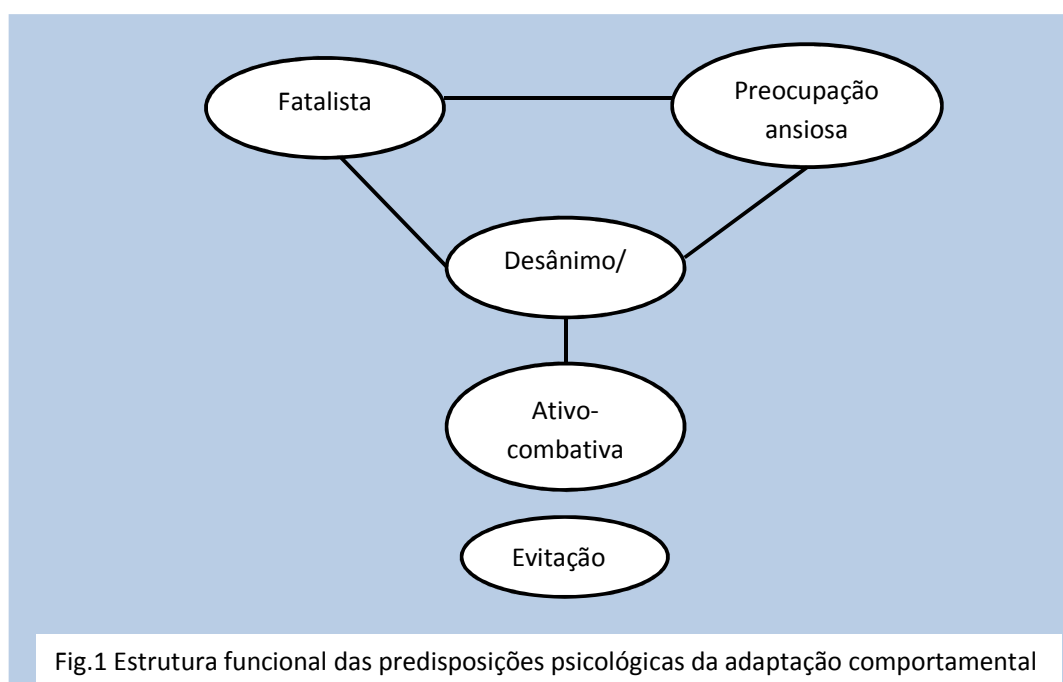
No quadro 4 e correspondente fig. 1 apenas foram inscritos e representados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos; por isso, várias células do quadro permanecem sem qualquer inscrição.

Quadro 4-Correlações entre predisposições psicológicas à adaptação comportamental no grupo de doentes oncológicos

Predisposições psicológicas	Ativo-combativa	Desânimo/desespero	Preocupação ansiosa	Fatalista	Evitação
Desânimo/desespero	-0,504; p<0,003				
Preocupação ansiosa		0,427; p<0,01			
Fatalista		0,561; p<0,000	0,446; p<0,01		

Do quadro infere-se a existência de correlações positivas da predisposição psicológica dos doentes oncológicos ao desânimo e ao desespero com as predisposições à preocupação ansiosa e à fatalidade, mas também entre estas duas

últimas. Entretanto, nos mesmos doentes oncológicos, revela-se correlação negativa da predisposição psicológica ao desânimo e ao desespero com a predisposição ativo-combativa.



Quadro 5-Correlações entre predisposições psicológicas à adaptação comportamental no grupo – norma de controlo

Predisposições psicológicas	Ativo-combativa	Desânimo/desespero	Preocupação ansiosa	Fatalista	Evitação
Ativo-combativa					
Desânimo/desespero					
Preocupação ansiosa	0,400; p<0,05	0,487; p<0,003			
Fatalista	0,455; p<0,01	0,625; p<0,000	0,571; p<0,000		
Evitação	0,351; p<0,05				

No quadro 5 e correspondente fig. 3 estão inscritos e representados apenas os coeficientes de correlação estatisticamente significativos entre as diversas A predisposição de natureza ativo-combativa correlaciona positivamente com as predisposições à preocupação ansiosa, à fatalidade e à evitação. Por outro lado a predisposição ao desânimo e ao desespero também correlaciona positivamente com as predisposições à preocupação ansiosa e à fatalidade; assim como entre estas

predisposições psicológicas à adaptação comportamental nas pessoas saudáveis que compõem o grupo – norma de controlo.

duas últimas. Tal como é possível vislumbrar na figura 3 as predisposições psicológicas referidas formam um bloco integrado coeso, em que todas elas se orientam num único e mesmo sentido.

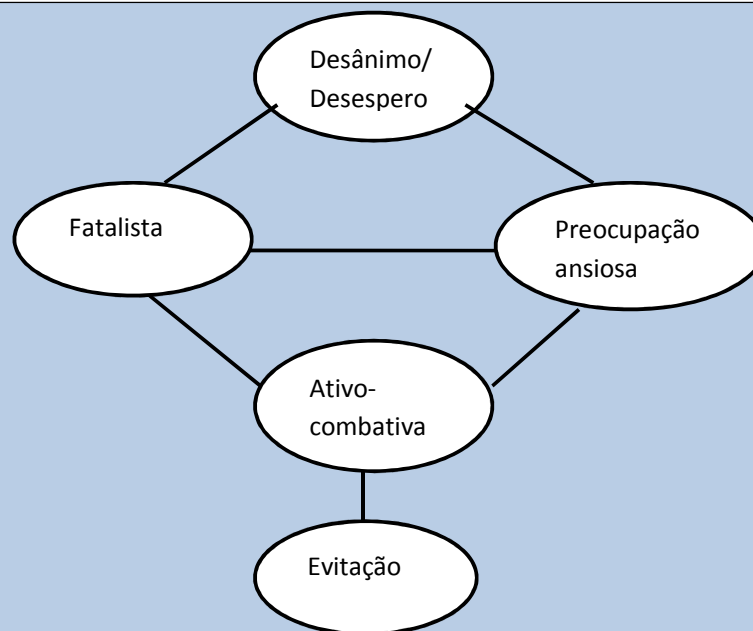


Fig.2 Estrutura funcional das predisposições psicológicas da adaptação comportamental à patologia no grupo – norma de controlo

A mente humana é um sistema global que integra, num todo, características, manifestações, processos, estados, propriedades psicológicas, responsáveis pela organização interior de um comportamento. Os fenómenos comportamentais, e seus correlatos psicológicos subjacentes, são refletidos ao nível mais superior de funcionamento do psiquismo – a consciência. Através desta o Ser humano elabora uma estrutura funcional que gravita à volta de significações e sentidos pessoais, atribuídos aos fenómenos, conduzindo à formação de predisposições individuais para atuar, reagir, ou comportar-se face aos objetos da sua ação. Neste caso, o objecto sobre o qual recai a ação da atividade psicológica é a doença oncológica. Portanto, proceder-se-á à tentativa de descoberta das predisposições psicológicas que norteiam orientacionalmente a adaptação comportamental à patologia.

Na doença oncológica, conforme decorre do quadro 4 e figura 1, a adaptação ao nível psicológico é orientada por uma estrutura funcional, constituída pela tríade de predisposições que levam os pacientes a percepcionarem-se, face à patologia, como tendo, neles, impacto fatalista, cuja elaboração cognitiva dos factos despoleta preocupações de carácter ansioso, devido ao elevado grau de incerteza, sobre as possibilidades de recuperação da sua saúde. Esta díade de cariz fatalista e de preocupação ansiosa, interferindo na construção das expectativas futuras, por antecipação e desencadeando uma carga avaliativo – emocional negativa. À díade junta-se mais um elemento relacionado com o funcionamento emocional do sujeito, dando a este um cariz de desânimo e desespero perante a situação de incerteza em que está envolvido. Consequentemente, esta tríade de características que predispõem, psicologicamente, o paciente para a preocupação ansiosa e para a fatalidade, reagindo com desânimo e desespero às circunstâncias inerentes à sua doença e à sua vida são determinantes na criação

duma predisposição psicológico-adaptativa inibitória e até redutora da mobilização de recursos de carácter ativo-combativo, ou seja o espírito de luta, deixando que a negatividade da doença inunde e arraste consigo todas as coisas da sua vida que antes eram importantes e que agora vão, galopantemente, perdendo sentido. Explicação que é reforçada pela falta de ligação estatisticamente significativa da predisposição de evitação, ao bloco principal da estrutura.

Isto significa que o paciente não consegue evitar os pensamentos negativos permanentes acerca da doença, não deixando construir o afastamento racional necessário para prosseguir lutando pelos objectivos positivos.

Este modelo interpretativo-explicativo é demonstrado na estrutura funcional numérica e esquematicamente inscrita no quadro 5 e fig.2. Os resultados foram obtidos das respostas dadas pelos mesmos pacientes, na condição em que se percepcionavam com base na representação mental como se não padecessem de patologia oncológica.

Aqui, verifica-se que não foram detectadas correlações estatisticamente significativas entre as cinco escalas predisposicionais constituintes do estudo. Demonstra que na condição ideal de saúde sem problemas de maior na vida, qualquer uma das manifestações: fatalista, preocupação ansiosa, desânimo/desespero, ativo-combativa, evitante, pode ter lugar, mas não se inter-influenciam. Portanto, não há um bloco estrutural negativo que possa ter interferência negativa, inibindo e reduzindo a mobilização de recursos ativo-combativos; caso seja necessário, para enfrentar as situações que exigem adaptação por parte do sujeito.

Entretanto, as correlações, estatisticamente significativas, emergentes das respostas, dadas pelo grupo – norma de controlo, cujos sujeitos podem apresentar esta ou aquela complicação de saúde como já foi referido, mas não padecem de doença oncológica, permitiram um esquema representativo da estrutura funcional das predisposições

psicológicas da adaptação comportamental, às doenças em geral (quadro 6 e fig. 3).

Aqui, mantém-se a mesma tríade de características psicológicas predisposicionais intercorrelacionadas ao nível de significação estatística $p < 0,000$: fatalista, preocupação ansiosa e desânimo/desespero. E, ligada a esta tríade a predisposição ativo-combativa. Agora, a ligação já não é diretamente através dos factores emocionais de desânimo e desespero, mas através da expectativa fatalista e preocupação ansiosa. E, também, não é negativa. Quer dizer que nas pessoas que padecem de problemas de saúde gerais, mas não de doença oncológica, a predisposição ativo-combativa, ativadora do espírito de luta no sujeito, contra as intempéries, não será inibida, nem reduz a mobilização de recursos internos sob a ação de orientações psicológicas ao desânimo, à preocupação ansiosa e ao fatalismo, mas, pelo contrário, a ação destas características psicológicas, consciencializadas, motivam o sujeito à mobilização dos seus recursos, tornando-o ativo-combativo, no sentido de eliminar as ações que exercem influências prejudiciais à sua vida. Demonstração reforçada pela correlação positiva da predisposição de evitação à predisposição ativo-combativa. Isto significa que o sujeito, mesmo padecendo de qualquer problema de saúde, mas não daqueles que desencadeiam graus elevados de incerteza e expectativas negativas, quanto à possibilidade de recuperação, não se deixa inundar e ser arrastado pelo problema, mantendo o distanciamento psicológico e emocional suficiente para continuar a usufruir das potencialidades da vida e orientado para os objectivos traçados.

Conclusões

1-Globalmente, a doença oncológica influencia o funcionamento psíquico dos pacientes; tornando-se estes mais predispostos à preocupação ansiosa, ao desânimo, ao desespero, à percepção

fatalista da vida e menos distanciados emocionalmente da patologia; assim como, também, se encontram psicologicamente menos predispostos ao combate ativo dos problemas; redução do espírito de luta.

2-A estrutura funcional da adaptação psico-comportamental à doença oncológica é caracterizada por uma tríade de predisposições: à preocupação ansiosa, à percepção fatalista da vida, ao desânimo e desespero; cuja ação interna inibe, reduz ou elimina, a propensão ativo-combativa mobilizadora de recursos orientados para a consecução dos objectivos, ultrapassando os obstáculos. Forma de agir corroborada pela dificuldade em se distanciar, emocionalmente, da patologia; deixando-se arrastar por ela.

3-A estrutura funcional da adaptação psico-comportamental à vida, ou mesmo aos problemas de saúde, em pessoas que não têm doença oncológica, também, é caracterizada pela tríade de predisposições psicológicas: ao desânimo/desespero, à preocupação ansiosa e à percepção fatalista da vida. Mas, nas pessoas que não padecem de doença oncológica, esta predisposição psicológica triárquica tem efeito mobilizador de recursos internos que predispõem o sujeito a formas de atuar de cariz ativo-combativo, concentrando-se nos objectivos a alcançar e lutando para superar os obstáculos, que surgem ao longo do percurso. Modo de ação corroborado pela predisposição psicológica ao distanciamento emocional dos problemas que prejudicam a execução do seu programa.

Referências bibliográficas

¹ Holland, J. C. & Murillo, M. (2006). Historia internacional de la psicooncología. In A. A. Prada (Org.), Manual de psicooncología (pp.31-60). Bogotá: Javegraf.

² Gimenes, M. G. G. (2000). O que é psicooncologia. In M. G. Gimenes & M. H.

Fávero (Orgs.). Introdução à psicooncologia (pp. 35-56). São Paulo: Livro Pleno.

³ Carvalho, M. M. M. J. (2002). Psicooncologia: História, características e desafios. Psicologia USP, 13 (1), 151-166.

⁴ Ogden, J. (1996). Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi.

⁵ Ribeiro, J. L. P. (2005). Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto.

⁶ Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos: Uma revisão do tema. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (2).

⁷ Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M^a. M. (2002). Percepción subjetiva del cáncer. In M. R. Dias, & E. Durá (Orgs.). Territórios da psicologia oncológica. (pp.605-637). Lisboa: Climepsi.

⁸ Brown, R. S. & Less-Haley, P.R.(1992). Fear of future illness, chemical AIDS and cancerophobia: a review. Psychological reports, 71, 187 – 207.

⁹ Sabol, R., Novesel, M. & Tiska-Rudman, L. (1995). Comparisons of attitudes towards cancer among younger and elderly persons. In J. Rodriguez-Martin (Ed.) Health psychology and quality of life research. Proceedings of the 8th Annual conference of the European Health Psychology Society. Servicios de publicaciones de la Universidad de Alicante.

¹⁰ Easerling, D. Y. & Leventhal, H. (1989). Contributions of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. Journal of Applied Psychology, 74, 787-796.

¹¹ Lôbo, R. C. M. M., Santos, N. O., Dourado, G. & Lucia, M. C. S. (2006). Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres

mastectomizadas: um estudo psicanalítico. *Psicologia Hospitalar* 4 (1), 1-20.

¹² Pérez Cárdenas, C. & Rodríguez Herrera, F. (2006). Diagnóstico oncológico: Reacción emocional y comportamiento familiar assumido. *Psicologia para América Latina*. 5 (1). Acedido 30 de Outubro 2011, em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>.

¹³ Franco, M. H. P. & Kovács, M. J. (2008). Pesquisa em psico-oncologia. In V. A. de Carvalho e cols (Orgs). *Temas em psico-oncologia* (pp. 590-595). São Paulo: Summus.

¹⁴ Araújo, T. C. C. F. & Arraes, A. R. (1998). A sobrevivência em oncologia: Uma vivência paradoxal. *Psicologia Ciência e Profissão*, 18 (2), 2-9.

¹⁵ Cherchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia Ciência e Profissão* 20 (4), 64-79.

¹⁶ Dias, M. R. (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos mass média. In M. R. Dias, & E. Durá (Orgs.). *Territórios da psicologia oncológica*, (pp.235-263). Lisboa: Climepsi.

¹⁷ MacIntyre, T. M., Fernandes, S. R. & Pereira, M. G. (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. Dias, & E. Durá (Orgs.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 281-302). Lisboa: Climepsi.

¹⁸ Andréu, Yolanda (2002). Personalidad tipo C: história y validez del concepto. In M. R. Dias, & E. Durá (Orgs.). *Territórios da psicologia oncológica*. (pp.399-422) Lisboa: Climepsi.

¹⁹ Vinaccia, S. & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicossociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125-137.

²⁰ González Hernández, Y. R. G. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades Psicológicas*: 20 (107), 22-44.

²¹ Vasconcellos, E. A. & Giglio, J. S. (2007). Introdução da arte na psicoterapia: Enfoque clínico e hospitalar. *Estudos em Psicologia*, 24 (3), 375-383.

²² Silva, L. C. da (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia para América*, 16.

²³ Pereira, F. O. (2010). Caracterização dos estados psicológicos no doente oncológico. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, 11 (6). Acedido em 30 de Outubro 2011, em <http://alamysusana.sites.uol.com.br/>.

²⁴ Selye, H. (1981). *Stress sem Distress*. Moscovo: Nauka.

²⁵ Kitaev-Smuik, L. N. (1983). *Psicologia do stress*. Moscovo: Nauka.

²⁶ Barbosa, L. N. F., Santos, D. A., Amaral, M. X., Gonçalves, A. J. & Bruscatto, W. L. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. *Revista da SBPH*, 7 (1), 45-58.

²⁷ Gavira, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas em pacientes com câncer em tratamiento quimioterapéutico. *Psicologia Caribe*, 20, 50-75.

²⁸ Barros, E. N. de & Melo, M. C. B. (2009). Câncer de pênis: Perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. *Revista da SBPH*, 12 (1), 99-111.

- ²⁹ Pereira, F. O. (1992). Peculiaridades da relação “Mãe – Criança” nas perturbações neuróticas infantis e adolescentes. (Tese de Mestrado).
- ³⁰ Oliveira, C. B., Rosa, C. R., Bonatto, T. & Oliveira, N. M. (2006). O câncer como manifestação do não simbolizado. *Revista da SBPH*, 9 (1), 15-29.
- ³¹ Filgueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S. & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: Proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos em Psicologia*, 24 (4), 551-560.
- ³² Justo, J. M. (1994). Implicações Teóricas da Investigação Psicológica Acerca das Doenças Oncológicas. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII) 323 – 331.
- ³³ Goodkin, K. et. al., (1992). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 635 – 650.
- ³⁴ Smith, A., Jacobson, B. (1989). *The Nation's Health*. Londres: The King's Fund.
- Torres Mariño, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 563-574.
- ³⁵ Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, J. & Falcone, E. M. O. (2005). Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1 (1), 83-90.
- ³⁶ Rey, F. L. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: Seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia Teoria e Prática*, 8 (2), 69-85.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de vida na doença oncológica. In M. R. Dias, & E. Durá (Orgs.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.
- ³⁷ Santos, C. S. V. B.; Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 29 -55.
- ³⁸ Persky, V., Kempthorne-Rawson, J. & Shekelle, R. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, 49, 435 – 449.
- ³⁹ Eysenck, H. (1988). Personality, stress and cancer: prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61 (1), 57 – 75.
- ⁴⁰ Eysenck, H. (1990). The prediction of death from cancer by means of a personality/stress questionnaire: too good to be true?. *Perceptual motor and Skills*, 71, 216 – 218.
- ⁴¹ Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & Lopez, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 575-584.
- ⁴² Gómez, M. M. N., et. al., (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4 (1), 63-76.
- ⁴³ Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). Contribuições do inventário fatorial de personalidade (IFP) para a avaliação psicológica de pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. *Psicologia em Revista*, 12 (19), 22-33.
- ⁴⁴ Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi, Manuais Universitários.

⁴⁵ Secchi, G., Strepparova, M. G. (2001). The quality of life in cancer patients: A cognitive approach. *European Journal of Internal Medicine*, 12, 35-42.

⁴⁶ Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, G., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measurement of adjustment: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-9.

⁴⁷ Weinman, J. & Wright, S. Johnston, M. (1995). *Measures in Health Psychology: a User's Portfolio: Coping*. NFER-NELSON: UK.

⁴⁸ Watson, M., Greer, S., & Buss, J. M. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. User's Manual*. CRC Psychological Medicine Research Group, Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey: UK.

⁴⁹ Gandini, R. C., Martins, M. C. F., Ribeiro, M. P. & Santos, D. T. G. (2007). Inventário de Depressão de Beck - BDI: Validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, 12 (1), 23-31.

⁵⁰ Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos em Psicologia*, 21 (3), 193-202.